

I. INFORMACIÓN RELATIVA A LA ENTIDAD ASEGURADORA

PERFIL DE LA ASEGURADORA

1. RESEÑA HISTÓRICA

Seguros del Magisterio S.A., es una compañía aseguradora de capital 100% de la Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio, entidad magisterial con 95 años de administrar la póliza mutual que ampara a todo aquel que esté ligado al sector, sea como educador o bien a nivel de administrativo en cada una de las empresas que conforman al magisterio.

La aseguradora recibió la autorización para operar en el país el 17 de junio del 2009, a través de la licencia A02 otorgada por la Superintendencia General de Seguros (SUGESE), en la cual faculta a Seguros del Magisterio para la comercialización de seguros personales, siendo con esto la primera aseguradora de capital privado en recibir la autorización para operar en el mercado asegurador y a su vez marcando un hito al desmonopolizar formalmente el mercado de seguros costarricense.

Autorizada para la comercialización de seguros bajo la licencia A02, siendo la primera aseguradora privada en recibir el aval de operar en Costa Rica, luego de la apertura del mercado de seguros en 2008, anteriormente había cosechado más de 23 años en la administración de seguros voluntarios de la Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional, pues era un servicio que la entidad magisterial ofrecía a los asociados y sus familias. No obstante; a partir de su autorización como aseguradora, ofrece seguros a toda la población del país.

Seguros del Magisterio es la única compañía aseguradora privada de capital 100% costarricense, con raíces mutualistas y naturaleza solidaria, teniendo además un alto sentido de responsabilidad social, al formar parte de la Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional. Además, sus productos están enfocados en satisfacer tanto las necesidades de sus asegurados como el de su familia directa, entendiéndose esta como cónyuge e hijos.

2. FILOSOFÍA EMPRESARIAL

MISIÓN

Ofrecer a nuestros clientes y sus familias seguros personales accesibles, que les permita satisfacer sus necesidades de protección.

VISIÓN

Posicionarnos entre las tres primeras aseguradoras de seguros personales, donde la satisfacción del cliente y la solidez respalden nuestro compromiso.

PROPUESTA DE VALOR

Asesoría en seguros personales accesibles caracterizados por la satisfacción del cliente

VALORES

Servicio al cliente: personalizado, accesible y ágil que genere satisfacción a nuestros clientes.

Lealtad y compromiso: orientado hacia la Aseguradora, nuestros clientes y al cumplimiento de nuestras metas.

Confianza: generada por la cercanía y sinceridad en el trato con nuestros clientes internos y externos.

Integridad: en el accionar con nuestros compañeros y clientes.

Confidencialidad: que resguarde la información de nuestros clientes y de la Aseguradora.

3. CALIFICACIÓN DE RIESGO

En la actualidad, Seguros del Magisterio cuenta con la calificación "AA- (CR)" con una perspectiva "Positiva", otorgada por la Sociedad Calificadora de Riesgo Centroamericana S.A. "SC Riesgo", quien es la entidad contratada por la aseguradora para llevar a cabo esta gestión.

4. TRATAMIENTO DE DATOS

La información confidencial que el asegurado y/o beneficiario brinden a LA ASEGURADORA será tratada como tal.

El incumplimiento de lo anterior dará derecho al asegurado al cobro de los daños y perjuicios que se le ocasionen, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

LA ASEGURADORA, su personal Directivo y de planta están obligados a guardar el deber de confidencialidad de la información frente a EL TOMADOR DEL SEGURO y las personas aseguradas y solo quedarán liberados de ese deber mediante convenio escrito, diferente de este contrato, en el que se expresen los fines del levantamiento de la confidencialidad y el alcance de la diseminación de los datos.

De igual modo, queda a salvo del deber de confidencialidad los datos que sea necesario exponer ante cualquier autoridad

competente, pero queda prohibida la divulgación de datos no relacionados directamente con el conflicto.

5. PRESENTACIÓN DE QUEJAS

La presentación del escrito de queja o reclamación podrá realizarse personalmente o mediante representación, debidamente acreditada, en la sede del C.D.A. (centro para la defensa del asegurado) o por aquellos medios a distancia que el C.D.A. disponga, incluyendo correo electrónico.

La entidad tendrá en sus oficinas formularios impresos para la formulación de quejas y reclamaciones que requieren los requisitos que se señalan a continuación:

- a) Nombre completo del consumidor o razón o denominación, número de identificación y copia de la misma en el caso de personas físicas, dirección, correo electrónico o número de fax, para recibir notificaciones.
- b) Referencia, fecha y/o número del reclamo presentado a la aseguradora y/o identificación de la póliza de seguros.
- c) Condición del reclamante como tomador de seguro, asegurado, beneficiario o interesado en relación con una póliza de seguro.
- d) Fundamentos de hecho y/o motivos de la queja o reclamación y solicitud que se formula al C.D.A.
- e) Indicación de que el reclamante no tiene conocimiento que la queja o reclamación está siendo tramitada a través de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial.
- f) Fecha y firma del reclamante cuando se apersona a las oficinas del C.D.A, firma digital, conforme la Ley de Certificados, Firmas Digitales y Documentos Electrónicos, Ley 8454 o documento adjunto que compruebe la veracidad de la firma que consta en él.
- g) Aportar, junto con el escrito la carta o resolución dada por la aseguradora sobre el reclamo correspondiente y las pruebas documentales que obren en poder del reclamante, relacionadas con el caso.
- h) Autorización debidamente firmada para solicitar información a la aseguradora sobre el caso planteado.

6. RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Cualquier controversia que surja o se relacione con este contrato, su interpretación y cumplimiento podrá ser

sometida de común acuerdo entre las partes para su solución, alguno de los procedimientos previstos en la Ley de Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social n° 7727 de 9 de diciembre de 1997, en cualquiera de los centros establecidos en el país, creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

7. UBICACIÓN

Seguros del Magisterio tiene sus oficinas en San José, 150 metros sur de las oficinas principales del Banco Popular, costado sur del edificio de la Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional, calle 1 avenidas 8 y 10.
www.smseguros.cr

II. COBERTURA Y EXCLUSIONES DE LA POLIZA

COBERTURAS: LA ASEGURADORA: Entregará el monto asegurado seleccionado por el asegurado en la Propuesta de Seguro, según las coberturas contratadas que se detallan:

a) MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:

LA ASEGURADORA pagará a los beneficiarios la suma asegurada especificada en la Propuesta de Seguro, después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura, sea por cualquier causa, ya sea enfermedad o accidente.

No obstante la Aseguradora no indemnizará el monto asegurado en esta póliza, si el asegurado muere por causa no accidental durante los primeros 60 días naturales siguientes a la fecha de emisión del seguro, periodo que no aplica en caso de muerte accidental.

b) INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE:

LA ASEGURADORA pagará al asegurado la suma especificada en la Propuesta de Seguro, después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el asegurado fue declarado por la autoridad competente incapacitado total y permanente.

Se entiende como Incapacidad Total y Permanente por Accidente aquella que cumpla con las siguientes condiciones:

- a) Ocurra como consecuencia de un accidente dentro del periodo de vigencia de la póliza.
- b) Que el Asegurado sea declarado inválido producto de la alteración o debilitamiento de su estado físico o mental, perdiendo el 67% o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual y que el diagnóstico no es sujeto a revisión.
- c) La declaración de incapacidad se debe dar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días naturales siguientes a la ocurrencia del accidente cubierto por la póliza, independientemente de que el período de vigencia de la póliza hubiere terminado.

c) GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:

LA ASEGURADORA cubrirá al asegurado los gastos de asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, de enfermeras y de medicamentos, razonables y acostumbrados, hasta por el total de la suma asegurada especificada en la Propuesta de Seguro en que se incurra como consecuencia directa de las lesiones sufridas por el asegurado a causa de un accidente.

En esta cobertura aplican las siguientes condiciones:

Profesionales acreditados: LA ASEGURADORA reembolsará los gastos provenientes de médicos autorizados para el ejercicio de su profesión, clínicas, hospitales, farmacias y laboratorios legalmente autorizados.

Deducible y Coaseguro: Para esta cobertura se aplicará un deducible del 10%, con un mínimo de veinte mil colones o cuarenta dólares por evento o accidente. Este deducible mínimo será actualizado por La Aseguradora en el mes de enero de cada año, con base en la variación anual del índice de precios de servicios (IPS), publicado por el Banco Central de Costa Rica con corte al 31 de diciembre del año previo. Posteriormente, se aplica un Coaseguro del 20% (veinte por ciento) sobre los gastos presentados por concepto de hospitalización y cirugía.

Tratamientos odontológicos: Los honorarios por tratamientos odontológicos ocasionados por un accidente se indemnizarán de acuerdo al costo razonable y acostumbrado.

Ortopedia y rehabilitación: El reintegro de los gastos por concepto de ortopedia o rehabilitación estará condicionado de la siguiente forma:

- i. Se pagan máximo dos consultas médicas por evento o accidente.
- ii. Se pagarán máximo cinco sesiones de rehabilitación por cada evento o accidente ocurrido.
- iii. Se cubre el pago de estabilizadores, inmovilizadores u aparatos ortopédicos al costo razonable y acostumbrado, aplicando un coaseguro del 35% (treinta y cinco por ciento).

Transporte en ambulancia: Se paga un máximo de treinta mil colones o sesenta dólares por transporte en emergencia al momento del accidente.

En las coberturas de gastos médicos e incapacidad permanente, LA ASEGURADORA, a su cargo, podrá nombrar un médico cuando lo considere conveniente para el análisis del reclamo, quien tendrá a su cargo la verificación de las lesiones, la inspección de la clínica u hospital en que se encuentre internado EL ASEGURADO, la comprobación y ajuste de los gastos.

Están excluidos de la cobertura de gastos médicos aquellos incurridos por:

- a) **Tratamientos dentales, salvo que sean a consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza y correspondan a la segunda dentición del asegurado que esté amparado por la cobertura Emergencias Odontológicas sin Endodoncias.**
- b) **Reposición de anteojos, lentes de contacto y sus prescripciones, así como aparatos auditivos.**
- c) **Enfermedad.**
- d) **Tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean causados por un accidente amparado.**
- e) **Lesiones causadas voluntariamente al asegurado por su representante legal o beneficiario.**
- f) **Hernias inguinales.**

Adicionalmente quedan excluidos los reclamos por tratamientos odontológicos derivados de:

- a- **Fracturas dentales donde se evidencie radiográficamente, la existencia de caries extensas o profundas previas al evento que hayan provocado el debilitamiento de la (s)**

pieza (s) dental involucrada (s) en el accidente.

- b- Fracturas o tratamientos donde se evidencie radiográficamente, la existencia endodoncias (tratamientos de nervio) en mal estado; sea por mala praxis o por control bucal inadecuado por parte del Asegurado.
- c- Fracturas o tratamientos donde se evidencie radiográficamente, la existencia de tratamientos de coronas, puentes o endodoncias en mal estado, sea por mala praxis o por control bucal inadecuado por parte del Asegurado.
- d- Reposición de piezas dentales ausentes desde antes del accidente, evidenciado radiográficamente.”

d) GASTOS FUNERARIOS:

LA ASEGURADORA prestará a título de indemnización según la suma asegurada especificada en la Propuesta de Seguro, los servicios de gastos funerarios que comprenden tanto el de funeraria como el de destino final, a través de un proveedor de servicios auxiliares funerarios debidamente registrado.

No obstante la Aseguradora no indemnizará el monto asegurado en esta póliza, si el asegurado muere por causa no accidental durante los primeros 60 días naturales siguientes a la fecha de emisión del seguro. Este periodo no aplica en caso de muerte accidental.

e) ASISTENCIA DE EMERGENCIAS ODONTOLÓGICAS SIN ENDODONCIAS:

SM ASISTENCIA es un producto que asiste al asegurado y sus dependientes incluidos en el seguro, ante eventos súbitos y fortuitos que vengán a presentarse con los servicios que se detallan más adelante. Cabe destacar que esta cobertura consiste en una prestación de servicios, en el que priva el concepto de dar servicios en especie sobre el de indemnización (pago de dinero).

Queda claro que no se trata de un seguro indemnizatorio en el que SEGUROS DEL MAGISTERIO realiza un pago, sino de una serie de servicios de asistencia que SEGUROS DEL MAGISTERIO coloca a disposición de sus asegurados a través de su proveedor de servicios de asistencia.

Tratándose de un producto de servicios, no se realizarán o reintegrarán al cliente valores o pagos por servicios que él contrate directamente por sus propios medios, sin que haya una llamada de solicitud del servicio de SM-Asistencia y por consiguiente una autorización.

SM-Asistencia coordinará el tratamiento inicial y medicación en caso de las siguientes emergencias:

- **Emergencias Endodónticas:** eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo, fractura dentaria, abscesos, pulpitis reversibles e irreversible.
- **Emergencias Periodontales:** curetaje radicular localizado, eliminación de contacto prematuro, medicación en caso de dolor muscular y abscesos.
- **Emergencias Protésicas:** cementado provisional de coronas y puentes fijos, reparación de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), medicación en caso de estomatitis sub-protésica.

También se otorgará cobertura cuando la emergencia odontológica sea producto de un traumatismo o accidente; en cuyo caso se tendrá como finalidad solucionar la situación de emergencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente o traumatismo.

Esta cobertura se regirá por las siguientes condiciones:

Ámbito de cobertura: Aplica únicamente dentro de la República de Costa Rica.

Los tratamientos que se utilizarán para atender las emergencias previamente descritas son los siguientes:

- **Medicina Bucal:** examen clínico de emergencia (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento del evento de emergencia)
- **Periodoncia:** tartrectomía simple (limpieza sencilla)
- **Restauradora y Operatoria:** amalgamas en dientes posteriores, resinas fotocuradas en dientes anteriores y vidrios Ionoméricos en los cuellos de los dientes. (máximo una amalgama o resina al año en dientes posteriores y anteriores.)

- **Cirugía:** exodoncias o extracciones simples en dientes permanentes y exodoncias o extracciones simples en dientes temporales.
- **Radiografías:** periapicales individuales y coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio del odontólogo tratante.
- **Medicamentos o tratamientos post a la atención de la emergencia prescritos por el odontólogo tratante para afecciones bucodentales.**
- **Servicios ocurridos fuera de la República de Costa Rica.**
- **Cualquier otro tratamiento no contemplado según lo indicado y detallado en el inciso e) de esta cláusula.**

Esta cobertura de Servicios por Emergencias Odontológicas comprende tanto Planes para el Asegurado como para su grupo familiar. Los Planes del grupo familiar son: a) Asegurado más cónyuge o conviviente en unión de hecho; b) Asegurado más cónyuge o conviviente en unión de hecho, e hijos.

Preexistencias: Esta cobertura no tiene preexistencias.

Deducible: Para esta cobertura no se aplica ningún tipo de deducible.

Exclusiones a la Cobertura de Asistencia de Emergencia Odontológica sin Endodoncias:

Esta póliza no cubre los siguientes gastos incurridos y los servicios originados como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como una emergencia odontológica y que no estén expresamente indicadas en esta cobertura, a saber:

- **Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes: cirugía, radiología, prostodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en esta cláusula.**
- **Emergencias quirúrgicas mayores originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes.**
- **Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a la cobertura, luego de estar el Asegurado bajo los efectos de la anestesia general o sedación).**
- **Defectos físicos.**
- **Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.**
- **Radioterapia o quimioterapia.**
- **Atención o tratamiento médico odontológico que no se ajusten a la definición de emergencia odontológica indicada en las definiciones de esta póliza.**

SOLICITUD DE SERVICIO DE ASISTENCIA

Los tratamientos deberán en todos los casos ser realizados por los odontólogos afiliados a la Red de Proveedores. El Asegurado podrá escoger el odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea uno de los que están autorizados por dicha Red.

El procedimiento para atención odontológica es el siguiente:

- En caso de que el Asegurado requiera de servicio odontológico, será requisito necesario, notificar telefónicamente a Sigma a través de los siguientes números telefónicos o bien al correo electrónico indicado:

- **Numeros Telefónicos:** +(506) 2521-57-57 / **800-SIGMACR (7446227).**
- **Correo electrónico:** usuariocr@sdsigma.com

- El Asegurado debe indicar a la persona que le atiende la siguiente información:

- Nombre y Apellidos.
- Fecha de Nacimiento.
- Número de documento que acrediten su identidad.
- Tipo de asistencia requerida. Detalles del problema y naturaleza de la afección.
- Dirección y teléfono del lugar donde se encuentra.

Los servicios prestados en otros centros y/o por odontólogos diferentes a la red establecida o no autorizados, no darán derecho a reembolsos de ningún tipo.

- En caso de emergencias nocturnas, días festivos y fines de semana, SM Asistencia consultará el listado de doctores de guardia con la finalidad de canalizar la atención telefónica del paciente, el odontólogo dará indicaciones médicas para el momento y se gestionará la

atención en el consultorio más cercano a la ubicación del Asegurado a primera hora del día siguiente.

- Una vez que el Asegurado acude a la cita programada, el odontólogo consultará con SM Asistencia a fin de verificar que efectivamente el Asegurado cuenta con la cobertura vigente. Si el Asegurado no se encontrara en la base de datos de Asegurados, el servicio se brindará hasta tanto se verifique que la póliza del Asegurado se encuentra vigente. Si el seguro ya no estuviera vigente, se procederá a suspender el servicio odontológico.

No obstante lo anterior, si el Asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en la presente cobertura, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, debiendo el Asegurado pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.

EXCLUSIONES GENERALES:

Las indemnizaciones previstas en esta póliza no se conceden, si la muerte o las lesiones son consecuencia de:

- a) Los accidentes ocasionados por ataques cardíacos, epilépticos o síncope y los que se produzcan como consecuencia del estado de embriaguez cuyo grado sea superior a cero punto cinco gramos por litro de sangre, o mientras el asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas, somníferos, desinhibitorios o alucinógenos, aun cuando ella sea parcial, en estado de sonambulismo o de anomalía psíquica.
- b) Consumación o tentativa de suicidio, homicidio, participación en delitos y riñas por parte del asegurado o de los beneficiarios, salvo que judicialmente por sentencia firme se haya establecido su actuación en legítima defensa.
- c) Auto mutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo ya sea estando en su pleno juicio, enajenado mentalmente o por terceros con su consentimiento, cualquiera sea la época en que ocurra.
- d) Accidentes producidos por terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación, huracán y en general todo fenómeno de la Naturaleza de carácter catastrófico.
- e) Accidentes que sobrevengan por la participación del asegurado en eventos de reconocida y alta peligrosidad, como carreras de automóviles, torreo, alpinismo, pesca submarina, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos.

- f) Cuando el asegurado viaje como piloto o tripulante en cualquier aeronave, excepto que sea como pasajero en una aerolínea comercial, sujeta a itinerario, operada por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros.
- g) Enfermedades conocidas o diagnosticadas de forma preexistente.
- h) Quemaduras resultantes de la sobre exposición al sol o del uso de lámparas o de rayos.
- i) Tomainas o infección bacterica, excepto que se trate únicamente con una infección piógena que ocurra simultáneamente con, y a consecuencia de, una cortadura o herida accidental o visible.
- j) La participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- k) La práctica o el desempeño de cualquier actividad que objetivamente constituya una flagrante agravación del riesgo, como ser la práctica de los siguientes deportes riesgosos: inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo, torreo, alpinismo, ski acuático, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en vehículos, naves, aeronaves o caballos y otros deportes considerados claramente riesgosos.
- l) Abortos, cualquiera que sea su causa.

DISPUTABILIDAD

1. Las coberturas contratadas serán disputables por el plazo de dos (2) años con relación a cualquier Asegurado por enfermedades preexistentes, declaraciones reticentes o inexactas, de conformidad con lo establecido en el artículo 91 de la Ley 8956.

Cuando la causa de la muerte fuera a consecuencia directa o indirecta del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), este seguro no pagará suma alguna por cualquier reclamo que se presente bajo esta condición durante el periodo de disputabilidad de dos (2) años, contabilizado a partir de la fecha de inclusión del Asegurado.

Para cada aumento de monto asegurado se reinicia el período de disputabilidad y suicidio, por el incremento correspondiente.

OBLIGACIONES DE LAS PARTES Y TERCEROS RELEVANTES

a.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO:

1. Cumplir con el procedimiento establecido para la notificación y atención de reclamos por siniestros.
2. Justificar debidamente la indemnización reclamada y deberán proporcionar las pruebas que LA ASEGURADORA estime necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que el fallecimiento, la lesión o lesiones corporales según corresponda, tuvieron su origen, directa y precisamente, en un accidente sujeto a indemnización.
3. Pagar la prima de acuerdo con lo dispuesto en este contrato.
4. Declarar todas aquellas circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo, así como aquellas que lo agraven.

b.- OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA:

1. Cumplir con el procedimiento establecido para la notificación y atención de reclamos por siniestros.
2. Notificar al Tomador cualquier decisión que tenga por objeto la rescisión o nulidad de este contrato, para que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.
3. Brindar las coberturas establecidas en la póliza en caso de siniestro, según los términos y condiciones regulados en la misma.
4. Resolver todo reclamo de forma motivada y por escrito, en el término de treinta (30) días naturales a partir del cumplimiento de todos los requisitos. Asimismo, en los casos que aplique, deberá proceder con el pago de la indemnización en el plazo máximo de treinta (30) días naturales posteriores a la notificación de aceptación del reclamo.

OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS:

La omisión, la reticencia o la falsedad intencional del TOMADOR o los asegurados sobre los hechos o circunstancias que, si hubiesen sido conocidas por LA ASEGURADORA, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen su nulidad absoluta o relativa según corresponda.

LA ASEGURADORA retendrá las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

Si la omisión o inexactitud no son intencionales, se procederá según se indica:

a) LA ASEGURADORA tendrá un mes a partir de que conoció la situación para proponer al tomador la modificación del contrato, lo que será efectivo a partir del momento en que se conoció el vicio.

Si la propuesta no es aceptada en el término de quince días hábiles después de su notificación LA ASEGURADORA podrá, dentro de los siguientes quince días hábiles, dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.

b) Si LA ASEGURADORA demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado podrá rescindir el contrato, en el plazo de un mes desde que conoció el vicio, reintegrando al tomador la prima no devengada al momento de la rescisión.

El derecho del asegurador de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurridos los plazos señalados quedando convalidado el vicio.

Las sanciones contempladas en este artículo no se aplican si LA ASEGURADORA antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración, o sí, ya celebrado el contrato, se dedica a subsanarlo o los acepta expresa o tácitamente.

EFFECTO DEL SINIESTRO EN CASO DE OMISIONES, DECLARACIONES RETICENTES O FALSAS: Si el siniestro ocurre antes de la modificación o rescisión del contrato, LA ASEGURADORA deberá rendir la prestación debida cuando el vicio no pueda reprocharse al TOMADOR.

En caso de que la reticencia o inexactitud sea atribuible AL TOMADOR, LA ASEGURADORA brindará la prestación proporcional que le correspondería en relación con la prima pagada y aquella que debió haberse pagado si el riesgo hubiera sido correctamente declarado.

Si LA ASEGURADORA demuestra que de conocer la condición real del riesgo no hubiera suscrito el contrato, quedará liberada de su prestación y retendrá las primas pagadas o reintegrará las no devengadas, según el vicio sea o no atribuible a la persona asegurada respectivamente.

PLAZO DE GRACIA:

Se concederá un plazo de gracia de treinta y un días naturales para la cancelación de la prima subsiguiente a la primera, cualquiera que sea la forma de pago convenida.

Si ocurre algún siniestro, LA ASEGURADORA otorgará la indemnización, previa deducción de la prima causada o pendiente de pago por la renovación del seguro.

Si la prima no es pagada antes de vencerse el plazo de gracia, LA ASEGURADORA procederá según lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley 8956.

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACION Y ATENCION DE RECLAMOS POR SINIESTROS

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO: Para solicitar el pago de la indemnización, el asegurado o los beneficiarios según corresponda, deberán presentar los requisitos para el trámite del reclamo ante la Aseguradora, ya sea en forma personal o a través del Operador de Seguros Autoexpedibles o del intermediario, en el plazo indicado en esta cláusula.

El Operador de Seguro Autoexpedible o intermediario de seguros autorizado revisará la documentación presentada, a fin de verificar que esté completa y procederá a remitirla en un plazo no mayor de tres (3) días hábiles a las Oficinas de la Aseguradora, para que se proceda con su análisis.

Si se detecta en la documentación o información presentada la falta de requisitos se comunicará el requerimiento, ya sea a los Beneficiarios, al Operador de Seguro Autoexpedible o intermediario de seguros.

Una vez la Aseguradora haya aceptado el reclamo, cualquier indemnización pagada al amparo de esta póliza, será girada en un plazo no mayor de treinta días naturales.

Para el caso de la indemnización por concepto de gastos médicos por accidente se procederá según se establece en la cláusula de Documentación por presentar en caso de siniestro y para la de incapacidad total permanente se paga directamente al asegurado.

La indemnización por muerte será pagada a los beneficiarios designados en la Propuesta de Seguro o de acuerdo con la última designación de beneficiarios en poder de la aseguradora.

DOCUMENTACION POR PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO:

La documentación por presentar ya sea por el asegurado o sus beneficiarios designados será de acuerdo con la cobertura de que se trate, según se indica a continuación.

I) Muerte

- Aviso de siniestro ocurrido
- Certificado de defunción expedido por la autoridad competente, donde se especifique la causa de defunción
- Original y fotocopia de la cédula del fallecido
- Original y fotocopia de la cédula de los beneficiarios
- Si hay menores designados como beneficiarios constancia de nacimiento.

Original y fotocopia de la cédula de quien ostente la patria potestad o tutela del menor (Este segundo caso presentar documentos que respalden el nombramiento).

II) Incapacidad total y permanente por accidente

En caso de Incapacidad Total Permanente por accidente (asegurado principal y cónyuge debidamente incluido:

- Informe de siniestro (formulario), se completa en las oficinas centrales o cualquiera de las sucursales de la Aseguradora, o remitido digitalmente.
- Fotocopia por ambos lados de la cédula del Tomador.
- Fotocopia por ambos lados de la cédula del Asegurado afectado.
- En caso de accidente del cónyuge: constancia de matrimonio emitida por el Registro Civil, o bien, Declaración Jurada hecha por un abogado que indique el tiempo de convivencia firmada por dos testigos.
- Copia certificada del expediente médico, o envío digital (con firma digital) del expediente médico.
- Certificación original extendida por la autoridad competente indicando el diagnóstico de incapacidad, la fecha a partir de cuándo es efectiva y el porcentaje de impedimento físico otorgado, y que el diagnóstico no es sujeto a revisión.
- Indicar los centros médicos donde ha recibido atención médica.

III) Gastos médicos por accidente: La indemnización de un siniestro por estas coberturas, se puede hacer bajo dos modalidades:

- A través de proveedores de servicios médicos registrados dentro de la **Red Médica** autorizada

por la **ASEGURADORA** para lo cual el asegurado o sus representantes deben comunicarse a los teléfonos 2520-0210, correo electrónico servicios@Redbridge.cc a fin de coordinar la atención con el proveedor correspondiente, de acuerdo con el caso en particular. **El asegurado no podrá acudir en forma directa a los proveedores, debe tramitar toda atención por la ocurrencia de un siniestro amparado en estas coberturas a través de la Red Médica autorizada por la aseguradora.**

b) **Pago por Reembolso** contra presentación de facturas, para lo que deberá presentar:

1. Informe de siniestro (formulario), se completa en las oficinas centrales o cualquiera de las sucursales de la Aseguradora, o remitido digitalmente.
2. Fotocopia por ambos lados de la cédula del Tomador y del Asegurado afectado (si es un dependiente).
3. Declaración del Médico (formulario), debidamente lleno, completo, legible, con un solo tipo de letra y un solo color de tinta, sin tachones, borrones, ni sucio o arrugado. Y que esté SELLADO por el médico tratante.
4. Referencias que respalden la realización de exámenes (radiografías, ultrasonidos, resonancias, etc.).
5. Interpretación escrita, de los exámenes realizados al asegurado (radiografías, ultrasonidos, resonancias, etc.).
6. Facturas Electrónicas, canceladas, de todos los gastos médicos a nombre del asegurado afectado.
7. Recetas y prescripciones, que respalden la compra de los medicamentos (nombre y dosis) y artículos de apoyo (cabestrillo, férulas, muletas, etc.).
8. Referencia a fisioterapia por parte del Médico tratante, que indique el número de sesiones recomendadas.
9. Informe del fisioterapeuta a cargo de las sesiones (si se requirió), que indique fecha de cada sesión, tratamiento realizado, avance del paciente, etc.

10. Carta de cierre del caso, para proceder con el análisis y liquidación del siniestro.
11. Otros a juicio del funcionario, según cada caso: (se solicitará en caso de que así se considere durante el análisis).

Adicionalmente, en caso de tratamientos dentales por accidente, además de los puntos: 1, 2, 3, 4, 6, 7, y 10, deberán adjuntarse:

- a) Radiografías Panorámicas, o cualquier otra, realizadas al momento de la valoración inicial del paciente.
- b) Diagrama dental debidamente completo, firmado y sellado por el especialista tratante.
- c) Desglose del tratamiento dental realizado: materiales, costo unitario, etc. (Según manual de tarifas del CCDCR)

El asegurado o quien legalmente lo represente firmará la boleta de autorización para revisar los expedientes clínicos donde haya sido atendido.

LA ASEGURADORA podrá nombrar un médico, quien tendrá a su cargo la verificación de las lesiones, la inspección del hospital en que se encuentre el Asegurado y la comprobación y ajuste de los gastos. LA ASEGURADORA tiene derecho, en caso de incapacidad del Asegurado para el trabajo, de verificar ese estado siempre que lo juzgue conveniente, y al Asegurado corresponde la obligación de someterse a los exámenes requeridos por LA ASEGURADORA para este objeto entendiéndose que la negativa del Asegurado autoriza a LA ASEGURADORA para rechazar la reclamación por ese solo hecho a partir de la fecha de la negativa, circunstancia que LA ASEGURADORA comunicará por escrito al Contratante.

IV) Gastos Funerarios

- a) Aviso de siniestro ocurrido
- b) Certificado de defunción expedido por la autoridad competente, donde se especifique (n) la (s) causa(s) de defunción
- c) Original y fotocopia de la cédula del fallecido
- d) Original (es) y fotocopia(s) de la(s) cédula(s) del(os) beneficiario(s)

- e) Si hay menores designados como beneficiarios constancia de nacimiento.
- f) Original y fotocopia de la cédula de quien ostente la patria potestad o tutela del menor (Presentar documentos que respalden el nombramiento)

En el caso de documentos emitidos en el extranjero, deben presentarse debidamente legalizados por las Autoridades consulares correspondientes.

Los requisitos antes mencionados deberán presentarse en oficinas centrales o Sucursales de LA ASEGURADORA.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:

LA ASEGURADORA brindará respuesta a toda gestión mediante resolución motivada y por escrito, entregada en el lugar o medio señalado para la atención de notificaciones, en un plazo máximo de treinta días naturales a partir de su recepción.

De igual forma, efectuará el pago de la indemnización correspondiente previa deducción de las primas o fracciones causadas o pendientes de pago por parte del TOMADOR DEL SEGURO hasta completar la anualidad respectiva.

Los pagos correspondientes a las indemnizaciones de que trata esta póliza, serán hechos por LA ASEGURADORA después de recibir y aprobar la documentación completa, incluyendo las pruebas legales y médicas relativas al siniestro.

LA ASEGURADORA estará obligada a efectuar el pago del siniestro dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que el Asegurado o Beneficiario acrediten, aun extrajudicialmente, su derecho ante LA ASEGURADORA y haya presentado la documentación exigida para ese efecto.

Si LA ASEGURADORA incurre en mora en el pago de la indemnización, ello generará la obligación de pagar al TOMADOR o beneficiario, según corresponda, los daños y perjuicios, que para efecto de esta cobertura consisten en el pago de intereses moratorios legales, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 497 del Código de Comercio.

La obligación de indemnizar de LA ASEGURADORA se extinguirá si acredita que el TOMADOR o asegurado declararon, con dolo o culpa grave, en forma inexacta o

fraudulenta hechos que de haber sido declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir esa obligación.

En idéntico sentido, si la reclamación y/o los documentos presentados para sustentarlos fuesen en alguna forma fraudulentos, si en apoyo de ellos se utilizan medios o documentos engañosos o dolosos, si el siniestro fuere causado voluntariamente por el asegurado o con su complicidad o por su culpa grave o inexcusable, se perderá todo derecho a indemnización.

La indemnización por pérdida de vida del Asegurado será pagadera a los beneficiarios designados en la Propuesta de Seguro. Si hay desacuerdo en el monto de la indemnización, LA ASEGURADORA pagará la suma que haya reconocido, sin perjuicio de que se realice una valoración, según lo establecido en la cláusula de VALORACIÓN o que EL TOMADOR o asegurado reclame la suma adicional por otras vías.

En el recibo de pago, LA ASEGURADORA hará constar cuál es el monto en que no hay acuerdo.

VIGENCIA Y RENOVACIÓN DEL CONTRATO:

El seguro entrará en vigencia en la fecha que indica la póliza, siempre y cuando se realice el pago de la prima o fracción de esta.

Esta póliza se emite bajo la modalidad de Seguro Anual Renovable, por lo que se entenderá renovado por igual periodo de forma automática, salvo que el tomador manifieste su deseo de no renovarlo, notificando a LA ASEGURADORA con al menos treinta (30) días naturales de anticipación al vencimiento de la póliza.

TERMINACION ANTICIPADA:

Este contrato podrá ser terminado anticipadamente por el asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a LA ASEGURADORA con al menos un mes de anticipación. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

La prima a corto plazo será equivalente a la prima prorata de la vigencia corrida, más un recargo del diez por ciento (10%) sobre la diferencia entre dicha prima prorata y la anual.

La percepción por parte de LA ASEGURADORA de suma alguna por concepto de prima después de la fecha de

terminación anticipada no hará perder su efecto, debiendo LA ASEGURADORA rembolsar la suma recibida.

CADUCIDAD DEL SEGURO:

La protección del asegurado terminará automáticamente cuando se presente cualquiera de los siguientes casos:

1. Cuando vencido el año póliza el asegurado decidiera no renovarlo.
2. Cuando el asegurado termine anticipadamente por escrito la póliza.
3. Muerte del asegurado.
4. Se haga efectiva la cobertura de incapacidad total y permanente.

DERECHO DE RETRACTO

El TOMADOR del seguro tiene la facultad de revocar unilateralmente este contrato, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de 5 días hábiles, contados a partir de la fecha de la adquisición del seguro, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura.

A este efecto, el TOMADOR deberá hacer la respectiva comunicación a LA ASEGURADORA a través de un soporte duradero, disponible y accesible para éste y que permita dejar constancia de la notificación.

Podrá efectuarlo por escrito, mediante nota entregada en las oficinas centrales o sucursales de LA ASEGURADORA, en la que especifique su decisión de revocar unilateralmente el contrato, así como la forma en que desea se le haga el reintegro correspondiente, documento en el que se estampará el sello de recibido, la fecha y la firma del funcionario que lo recibió, así como en la copia que debe mantener el asegurado para su respaldo.

También puede hacerlo por fax y conservar el comprobante que emite para acreditar su envío.

A partir de la fecha en que se expidió la comunicación señalada, cesará la cobertura del riesgo y el TOMADOR tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiere pagado.

LA ASEGURADORA devolverá la prima en un plazo máximo de 10 días hábiles, contabilizados a partir de la recepción de la comunicación de la revocación unilateral del contrato.

La devolución se hará en dinero efectivo, mediante cheque en las oficinas centrales o sucursales de LA ASEGURADORA

o por transferencia bancaria a la cuenta cliente que el TOMADOR le haya indicado por escrito.

Una vez transcurrido el plazo de 5 días establecido en el párrafo primero de este artículo, aplica lo dispuesto en la cláusula de terminación anticipada.

RESPUESTA OPORTUNA

El tomador, asegurado y beneficiario tienen el derecho a recibir respuesta clara y oportuna de todo reclamo, petición o solicitud que presenten, personalmente o por medio de su representante legal, ante LA ASEGURADORA o ante las personas físicas o jurídicas que realicen actividades destinadas a la promoción, la oferta y, en general, los actos dirigidos a la celebración de un contrato de seguros, su renovación o modificación y el asesoramiento que se preste en relación con esas contrataciones, dentro de un plazo máximo de 30 días.

REGISTRO SUGESE

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P14-23-A02-648 de fecha 21 de setiembre de 2015.